

Marjo Nissilä

IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS PITKÄAIKAISHOIDOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS PITKÄAIKAISHOIDOSSA

Nissilä, Marjo
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2012
Ohjaaja: Santamäki, Kirsti
Sivumäärä: 30
Liitteitä: 4

Asiasanat: ikääntyneen ravitseminen, pitkäaikaishoito, ravitsemuksen toteuttaminen, ravitsemustilan seuranta

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Porin perusturvan alaisten vanhuspalveluyksiköiden ravitsemuksen nykytila: ravitsemuksen suunnitteluun, -toteutukseen ja ravitsemustilan seurantaan liittyen. Tavoitteena oli hoitohenkilökunnan tietämyksen lisääminen ravitsemushoidosta. Ikääntyneiden ravitseminen tulisi nähdä keskeisenä tekijänä, vaikuttaen toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämisessä.

Tutkimukseen osallistui pitkäaikaishoitoa tarjoavia vanhuspalveluyksiköitä, osa vanhainkodeista sekä tehostetun palveluasumisen yksiköistä. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, jonka teoriapohjana käytettiin Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksia ikääntyneille. Kysely tehtiin lokakuussa 2011. Vastausprosentti oli 40,6.

Tutkimusongelmina olivat: 1) miten ravitsemushoito toteutui pitkäaikaishoidossa, 2) miten yksiköissä seurattiin ja arvioitiin asukkaiden ravitsemustilaa, 3) mitkä asiat ravitsemushoidon toteuttamisessa vaativat kehittämistä, henkilökunnan kokemana sekä ravitsemussuosituksen mukaisesti.

Tutkimuksen tuloksena selvisi, ettei ikääntyneiden ravitsemushoito pitkäaikaishoidossa toteudu ravitsemussuosituksen mukaisesti. Ravitsemuksen säännöllinen seuranta/arviointi oli puutteellista. Suositusten mukainen painon seuranta kerran kuukaudessa on perusteltua virheravitsemuksen ennaltaehkäisyssä. Asukkaiden painon seuranta ei ollut riittävää, vain neljä vastanneista yksiköistä seurasi painoa säännöllisesti suosituksen mukaisesti. Ravitsemushoidon kehittämisen tarpeeseen oli tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä kiinnitetty huomiota ja osa yksiköistä oli jo kehittänyt ravitsemushoitoaan mm. ravitsemuksen toteutukseen liittyen. Yöpaaston pituuteen oli kiinnitetty huomiota, paasto aika vaihteli suosituksen mukaisesta 11:sta tunnista neljääntoista tuntiin. Asukkaiden avuntarpeessa ravitsemushoitoon liittyen ei ilmennyt suuria eroja vanhainkodin ja tehostetun palveluasumisen välillä. Tutkimuksessa ilmeni, että työnantaja oli järjestänyt koulutusta ravitsemushoitoon liittyen.

Jatkotutkimuksen Porin perusturvan alaisiin pitkäaikaishoitoyksiköihin voisi toteuttaa uudelleen. Jatkotutkimushaasteen painopiste tulisi olla enemmän ravitsemustilan arvioinnissa ja sen kehittämisessä. Jatkotutkimuksessa olisi tarpeen selvittää myös, ovatko välineet/mittarit eikä vain menetelmät ravitsemustilan arvioimiseen yksikkökohtaisesti käyttökelpoisia.

NUTRITION OF ELDERLY RESIDENTS IN LONG-TERM CARE

Nissilä, Marjo

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2012

Supervisor: Santamäki, Kirsti

Number of pages: 30

Appendices: 4

Keywords: nutrition of the elderly, long-term care, implementation of nutritional recommendations, monitoring nutritional status

The purpose of this study was to determine the present nutritional status in the elderly care facilities providing statutory basic security services, which Finnish senior citizens residing in Pori are all entitled to. This thesis focuses on nutrition planning, implementation of these plans and on monitoring the nutritional status of the elderly. Nutrition is an important determinant of health in aging individuals and one of the key factors in maintaining the elderly persons' functional capacity and in promoting his or her overall well-being and, therefore, one of the primary objectives of this study was to enhance nutritional care knowledge and skills among the nursing staff.

The target group of this study consisted of the aged care facilities providing long-term community-based care. These included both nursing homes and facilities providing advanced assisted living services. Study material was collected with a questionnaire, the theoretical part of which was based on the nutrition recommendations for the elderly issued by the National Nutrition Council of Finland. The survey was conducted in October 2011. Response rate was 40, 6 %.

This study strives to answer the following questions: how is nutritional care implemented in long-term care, how is residents' nutritional status monitored and assessed and, finally, what are the main areas that need to be developed as experienced by the nursing staff at the elderly care facilities and the changes that have to be made so that the nutritional care of the elderly will be in line with the nutritional recommendations.

The results of this study suggest that the nutritional care of the elderly is not in accordance with the nutritional recommendations. Moreover, nutritional care is neither monitored nor assessed on a regular basis. According to the recommendations it is advisable to monitor resident's eight once a month to prevent malnutrition; however, these guidelines were only followed in four of the facilities participating in the study, while others failed to comply with the recommendation. Most of the respondents had acknowledged the urge to start developing nutritional care in their facilities and some of the participants had already started the process e. g by implementing nutritional care plans. Nursing staff had also closely monitored residents' length of fasting at night, which varied from the recommended 11 hours to 14 hours. As per the amount of assistance the residents required in nutritional

care there seemed to be no significant differences between the residents of nursing homes or the ones in assisted care facilities. The results also showed that the employer had provided training in nutritional care for the employees and staff's participation had been encouraged.

A repeat study conducted on the topic could yield more information. The emphasis, however, should be on the assessment of nutritional status and how this can be further developed. Moreover, it would be highly interesting to examine whether, not only the methods, direct and indirect, but also the equipment and other assessment tools, used at each facility for the measurement of nutritional status, are valid, reliable and applicable for its purposes and for effective assessment.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 IKÄÄNTYMINEN JA RAVITSEMUS	7
2.1 Energian ja proteiinin tarve.....	8
2.2 D-vitamiinin ja kalsiumin tarve.....	10
2.3 Ravitsemustilan arviointi.....	11
2.4 Tehostettu ruokavalio ja erityisruokavaliot	13
2.5 Ravitsemuksessa esiintyvät erityiskysymykset	15
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	19
4.1 Tutkimusmenetelmä	19
4.2 Aineiston keruumenetelmä ja aineiston analysointi	20
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	21
5.1 Ravitsemuksen toteuttaminen.....	21
5.2 Ravitsemustilan seuranta	24
5.3 Ravitsemushoidon kehittäminen	24
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	25
6.1 Tulosten tarkastelu	25
6.2 Tutkimuksen eettisyys	27
6.3 Luotettavuus	27
6.4 Jatkotutkimushaasteet.....	28
LÄHTEET	30
LIITTEET	
LITE 1MNA-testi	
LITE 2 Ravitsemussuositus	
LITE 3 Kyselylomake	
LITE 4 Tutkimuslupa	

1 JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa Porin perusturvan alaisten vanhuspalveluyksiköiden ravitsemuksen nykytila. Tavoitteena oli selvittää tutkimukseen osallistuvien yksiköiden nykyiset käytännöt. Tutkimukseen osallistui pitkäaikaishoitoa tarjoavat vanhuspalveluyksiköt: osa vanhainkodeista sekä tehostetun palveluasumisen yksiköistä.

Pitkäaikaishoidolla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan ympärivuorokautista hoitoa niille ikääntyneille, jotka eivät ole avopalveluiden avulla kotona hoidettavissa (Porin kaupungin www-sivut 2012). Tutkimukseen osallistuneista yksiköistä kaksi tarjosi pitkäaikaishoidon lisäksi lyhytaikaishoitoa l. intarvallihoitoa. Intervallihoidolla tuetaan kotihoitoa ja näin tavoitteena on ennaltaehkäistä pitkäaikaista laitoshoidoa. Tutkimuksessa käytettiin yhtenäistä nimitystä, asukas, myös lyhytaikaishoidon asiakkaasta. Vanhuuden tilastollinen määritelmä noudattaa eläkeiän alkamisikää. Myös MNA-testi on laadittu yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointia varten (Liite 1). Tässä tutkimuksessa palveluntarve ja erilaisten toimintojen vajavuudet määrittelevät ikääntyneen.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on julkaissut ensimmäiset ikääntyneiden ravitsemukseen keskittyvät valtakunnalliset ravitsemussuositukset vuonna 2010 (Valtion ravitsemusneuvottelukunnan www-sivut 2010). Suositukset on laadittu käytettäväksi ravitsemuksen arviointiin ja ohjaukseen sekä käytännön hoitotyöhön. Suositusten tavoitteina ovat: ravitsemushoidon tavoitteiden ja iäkkäiden ihmisten ravitsemukseen liittyvien keskinäisten erojen selkiyttäminen, ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteiden tiedon lisääminen, hyvien käytäntöjen yhdenmukaistaminen ja ravitsemustilan heikkenemisen tunnistamisen ja ravitsemushoidon toteuttamisen ohjaus osana ikääntyneen ihmisen hyvää hoitoa. Näiden suositusten keskeiset painopistealueet ovat tämän opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjana.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella laadittiin pitkäaikaishoidon yksiköihin suositus, avuksi ikääntyvien ravitsemushoitoon ja -seurantaan (Liite 2). Ravitse-

mushoitosuosituksen on hyväksynyt Porin perusturvan ravitsemusterapeutti Tanja Pihlajamäki. Suositus on lähetetty sähköisessä muodossa Porin perusturvan alaisiin vanhuspalveluyksiköihin. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää Porin perusturvassa keväällä 2012 alkavaan projektiin ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyen.

2 IKÄÄNTYMINEN JA RAVITSEMUS

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan julkaiseman ikääntyneiden ravitsemussuositukset ovat tämän opinnäytetyön teoreettisen tiedon pohjana. Keskeisinä painopisteinä suosituksissa ovat ravitsemuksellisten tarpeiden huomioiminen ikääntymisen eri vaiheissa, ravitsemuksen säännöllinen arviointi, riittävän energian, proteiinien, ravintoaineiden, kuidun ja nesteen saannin turvaaminen ja yli 60-vuotiaiden D-vitamiinilisä käytön varmistaminen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 9.)

Kun ihminen vanhenee, muuttuu kehon koostumus, ja altistus ravitsemushäiriöille sekä toiminnallisille muutoksille kasvaa. Elimistön veden osuus pienenee, ja mineraalipitoisuus luustossa vähenee. Ikääntyessä aktiivisen l. lihaskudoksen osuus vähenee ja rasvakudoksen suhteellinen osuus lisääntyy, mikä johtaa perusaineenvaihdunnan hidastumiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 16 -17.)

Täten perusaineenvaihdunnan taso laskee. Fyysinen aktiivisuus vähenee, janontunne heikkenee ja elimistön toiminnot hidastuvat. Luuston tiheys pienenee ja osteoporoosin riski kasvaa. Myös ruoansulatuskanavan limakalvoissa ja lihaksissa tapahtuu iän myötä surkastumista. Mahalaukku tyhjenee hitaammin kuin nuoremmilla ja runsaasti rasvaa sisältävä ateria saattaa sulaa hitaasti tai sulaminen jää epätäydelliseksi. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 11.)

Ikääntyneillä ruoan aistiminen muuttuu, mieltymys makeaan ja suolaiseen kasvaa, mutta happaman ja karvaan maun aistiminen säilyy lähes ennallaan (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010 a, 155). Ravinnon ja ruokailun sosiaalinen ja emotionaalinen merkitys kasvaa iän myötä, etenkin laitoksissa asuville ruokailu saattaa olla yksi harvoista mielihyvän lähteistä (Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 8). Ruoka ja ruokailu tuovat psyykkistä ja sosiaalista mielihyvää, rytmittävät päivää ja luovat turvallisuuden tunnetta. Ruoka on osa hoitoa ja huolenpitoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010 a, 155.) Vanhustyön keskusliiton Vanhusten ravitsemuskuntoutus- projektin 2005-2007 tutkimuksen tuloksissa todettiin tärkeänä osana ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa ruoan tuoma mielihyvä, virkistys ja sitä kautta elämänlaadun koheneminen (Vanhustyön keskusliiton www-sivut 2012).

Ikääntyneille ihmisille tarkoitetun ruoan valmistukseen ja tarjoiluun tulee kiinnittää erityistä huomiota, asukkaiden vastustuskyky voi olla alentunut esimerkiksi sairauksien takia. Omavalvonnan tuleekin jatkua katkeamattomana laitospöydästä osastoille saakka. Omavalvonnan tavoitteena on varmistaa elintarviketurvallisuus, elintarvikkeiden asianmukaisen ja hygieenisen käsittelyn, säilyttämisen ja tarjoilun sekä työntekijöiden henkilökohtaisen hygienian avulla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 52 -53.)

2.1 Energian ja proteiinin tarve

Vanhenemiseen liittyvien fysiologisten muutosten ja sairauksien seurauksena liikuminen vähenee, perusaineenvaihdunnantaso laskee ja ruokahalu usein heikkenee. Vaikka energiantarve pienenee, useimpien ravintoaineiden tarve ei pienene, joten ruoan laatuun tulee kiinnittää huomiota. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 12.)

Energiantarpeessa yksilölliset erot ovat kuitenkin suuria. Runsaasti liikkuvan, levottoman tai aktiivisen ikäihmisen energiantarve voi olla jopa suurempi kuin vähän liikkuvan nuoren aikuisen. Energiansaannin tuleekin vastata kulutusta, ellei tavoitteena ole laihtuminen. Sairastamisen ja toipumisen aikana energian ja ravin-

toaineiden tarve lisääntyy, erityisesti riittävään energian ja proteiinin saantiin tulee kiinnittää huomiota, koska ruokahalu on silloin huono. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 13.)

Kun proteiinin hyväksikäyttö elimistössä heikkenee iän myötä ja energiansaanti vähenee, proteiinin suhteellisen osuuden tulisi olla 15 – 20 % kokonaisenergiasta. Ikääntyneille proteiinisuositus on 1 – 1,2 g/kg/vrk ja akuutisti sairaille vielä suurempi. Samalla on huolehdittava riittävästä energiansaannista, koska muuten proteiinia käytetään energiantarpeen tyydyttämiseen eikä sitä riitä kudosten tarpeisiin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 48.)

Proteiinin saantia lisätään tarjoamalla aterioilla ja välipaloilla liha- ja maitovalmisteita sekä tarvittaessa runsasproteiinisia täydennysravintovalmisteita. Täydennysravintovalmisteiden käyttö lisää myös vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 161 – 162.)

Ikääntyneiden on tärkeä ruokailla monta kertaa päivässä, koska he eivät jaksa syödä kerralla suuria aterioita. Aterioiden tulee jakaantua tasaisesti koko päivälle ja tavoitteena on kulutusta vastaavan energian saannin turvaaminen. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 23.) Ruokavalion tulee olla monipuolinen, mutta koska nautitut ruokamäärät ovat pieniä, ruoan energia- ja ravintoainetiheyden tulee olla tavanomaista suurempi. Välipalojen merkitys korostuu lounaalla ja päivällisellä syödyn ruoan määrän vähäisyyden vuoksi. Yöpaasto ei saa olla yli 11 tuntia. Tarjottavan iltapalan ajankohta on erityisen tärkeä huomioida silloin, jos ikääntynyt on laiha ja huonosti syövä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 31- 34.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira, selvitti maaliskuussa 2010 toteutetulla kyselyllä vanhuksille ympärivuorokautisia tuottavien yksiköiden palvelun laatua tietyillä indikaattoreilla. Ruokahuollon tilan indikaattorina käytettiin vanhusten ilt- ja aamuruokailujen välisen tauon pituutta. Yli puolessa vastanneissa yksiköissä yöpaasto oli 11 tuntia tai enemmän. Valvira kehottaa palveluntuottajia toiminnassaan ottamaan huomioon ravitsemusneuvottelukunnan suo-

situkset ja viittaa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamiin ikääntyneiden ravitsemissuosituksiin. (Valviran www-sivut 2010.)

2.2 D-vitamiinin ja kalsiumin tarve

Kalsiumin tarve vaihtelee elämänkaaren eri vaiheissa, kalsiumintarve on runsaampaa elämän alku- ja loppuvaiheessa. Päivittäinen kalsiumintarve on helpoin tyydyttää maitotuotteilla, mikäli niiden käytölle ei ole esteitä. Aikuinen saa riittävästi kalsiumia päivässä neljästä annoksesta maitotuotteita. Kalsium tarvitsee D-vitamiinia imeytymiseensä ja aineenvaihduntaansa luussa. Osteoporoosia sairastavat tarvitsevat yleensä ruokavalion tueksi kalsiumia ja D-vitamiinia sisältävän valmisteen. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 202 -203.)

Riittävän D- vitamiinin saannin turvaamiseksi yli 60-vuotiaille suositellaan D-vitamiinilisää 20 mikrogrammaa (800 IU) vuorokaudessa ympäri vuoden (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 9). Osteoporoosin ehkäisyssä on tärkeää varmistaa riittävä D- vitamiinin saanti. Paljon sisätiloissa oleskelevilla ikääntyneillä D- vitamiinin muodostus iholla on heikentynyt. Ravinnosta D- vitamiinia saadaan kalasta, kananmunasta ja vitaminoiduista margariineista Osteoporoosin ehkäisemiseksi liikunta on myös suositeltavaa. Liikunnan hyvät vaikutukset eivät rajoitu pelkästään luuhun, vaan myös lihasvoima ja koordinaatiokyky paranevat, jolloin kaatuilutaipumus vähenee. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 84.)

Ikääntyneiden mahdollisuus ulkoiluun, lihaskunnon ylläpitoon ja liikuntaan tuleekin turvata. Liikunnan avulla osaltaan ylläpidetään hyvää elämänlaatua, mielen-terveyttä ja hyvinvointia. Liikunnan lisäämisen myötä myös energian kulutus lisääntyy ja mahdollisuus proteiinin sekä muiden ravintoaineiden saantiin varmistuu. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 9.)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä on tutkinut lonkkamurtumien ja ravinnon välistä yhteyttä. Lonkkamurtuman riskiä voidaan vähentää puuttamalla kaatumisriskiä lisääviin ja luun lujuttava heikentäviin tekijöihin. Lonkkamurtumien riskitekijöihin kuuluu mm. huono ravitsemus, D-vitamiinin puute, laitoshoido, pieni painoindeksi, muistisairaus, heikentynyt liikuntakyky ja lihasheikkous sekä lääkkeiden käyttö, jotka lisäävät kaatumisriskiä ja sekavuutta vanhuksilla. (Käypähoidon www-sivut 2011.)

2.3 Ravitsemustilan arviointi

Ravitsemushoidon toteuttaminen edellyttää arviointia. Ikääntyneen ihmisen ravitsemustilaa arvioidaan seuraten painoa ja erityisesti painon muutoksia sekä käyttäen ravitsemustilan arviointiin kehitettyjä menetelmiä. Syödyn ruoan määrää arvioidaan tarvittaessa käyttämällä siihen soveltuvia menetelmiä. (Valtion ravitusneuvottelukunta 2010b, 9.)

Säännöllinen punnitseminen on yksinkertainen tapa seurata ravitsemustilaa ja punnitseminen tulee olla osa terveydentilan selvitystä. Suositusten mukaan painoa tulisi seurata säännöllisesti kerran kuukaudessa. Painonmuutokset ovat tärkeämpiä kuin yksittäinen painon mittausta tai normaalipainon selvittäminen. (Valtion ravitusneuvottelukunta 2010b, 30.) Painonmuutoksia arvioitaessa on otettava huomioon myös nestetasapainon muutokset: kuivuminen, turvotukset ja nesteen kertyminen vatsaonteloon (askites). Terveyden kannalta ikääntyneiden sopiva painoindeksi on 24- 29. Painoindeksin ollessa alle 24 sairastuvuus ja ennenaikaisen kuoleman riski lisääntyvät (Valtion ravitusneuvottelukunta 2010b, 30).

Ravitsemustila voidaan arvioida tarkemmin käyttämällä ravitsemustilan arviointiin kehitettyjä välineitä, kuten MNA (Mini Nutritional Assessment) – testiä. Ikääntyneen vajaaravitsemuksen riski tulisi arvioida hoidon alussa ja jatkossa säännöllisesti MNA- menetelmällä. Menetelmä tunnistaa hyvin ne, jotka tarvitsevat ravitsemushoidon tehostamista. MNA- menetelmästä on olemassa lyhyt ver-

sio, jota voidaan käyttää, jos ikääntyneen painoa ei saada mitattua. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 30.)

Kauppila ja Kukka kehittivät yhteistyössä Oulun Intiön hoivakodin osaston henkilökunnan kanssa ravitsemustilan arviointiin pienen kokoontaitettavan seurantalomakkeen. Osastolla oli ollut aiemmin käytössä ravitsemustilan arvioinnissa MNA-testi, joka koettiin osastolla työlääksi käyttää. Hoivakodin osaston kaikki 30 potilasta osallistuivat tutkimukseen. Tutkijat saivat osaston RAI-järjestelmästä tietoja potilaista mm. heidän avuntarpeestaan, mahdollisista infektioista ja painehaavaumista. Vuodepotilaita osastolla oli 28. Kahdella potilaista oli painehaavauma ja neljällä infektio. Ruokailuissa 23 potilasta tarvitsi apua, seitsemän söi omatoimisesti. Lomaketta testattiin kymmenellä potilaalla: ne joilla oli infektoita, painon laskua enemmän kuin 10% puolessa vuodessa, toimintakyvyn laskua tai makuuhaava. Kaikilla testaukseen osallistuneilla oli erilaisia ongelmia energian saannissa. Lomaketta kehitettiin testauksen perusteella. Seurantalomake oli helpokäyttöisempi kuin osastolla aiemmin käytetty MNA-testi. Lomakkeen pieni ”taskukoko” helpotti sen käyttöä ja lomakkeessa olevat ohjeet ravitsemustilan parantamiseksi koettiin selkeinä ja toteuttamiskelpoisina. Lomake löytyy kyseisen tutkimuksen liitteistä ja on vapaasti käytettävissä sekä muokattavissa, mutta alkuperäisten tekijöiden nimet sekä oppilaitoksen nimi/logo tulee olla selkeästi esillä. (Kauppila ja Kukka 2010, 35-36.)

Biokemiallisista määrittelyistä on vain rajallista hyötyä ravitsemustilan arvioinnissa ja seurannassa, niiden tulosten tulkintaa vaikeuttavat mm. sairaudet ja niiden hoidot, infektiot ja nestetasapaino. Tavallisimpia biokemiallisia määrittelyksiä ovat perusverenkuva ja plasman elektrolyytit, proteiinin määrittelymenetelmistä käytetään yleisimmin plasman albumiinia ja prealbumiinia. Perusverenkuva paljastaa anemian, jonka ravintoperäisenä syynä voi olla raudan tai B12-vitamiinin puute. Plasman elektrolyyttien määrittäminen antaa viitteitä niiden menetyksestä, kuten hypokalemiasta. Nestetasapainoa arvioidaan yleisesti seerumin natriumin, kaliumin, hemoglobiinin, kreatiniinin ja albumiinin avulla, joiden suurentunut pitoisuus viittaa yleensä kuivumistilaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 31-32.)

Suominen on tutkinut ikääntyneiden, laitoksissa asuvien asukkaiden ravitsemustilaa ravitsemustieteen väitöskirjassaan 2007. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Suomen vanhainkodeissa ja sairaaloissa asuvien ikääntyvien ihmisten ravitsemustilaa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tämän ikääntyneiden, laitoksissa asuvien vanhusten ravitsemuksesta tehdyn laajan tutkimuksen mukaan virhe- ja aliravitseminen oli yleistä vanhainkodeissa ja sairaaloissa, vain 0-16 % tutkituista ravitsemustila oli hyvä. Tutkimuksessa oli mukana 2114 vanhainkotiasukasta ja 1043 sairaalapotilasta. Ravitsemustilaa arvioitiin MNA-testein, lisäksi dementia- ja ravintoaineiden saantia arvioitiin kolmen päivän ajan ruokapäiväkirjan avulla. Tutkittujen dementiaa sairastavien naisten energiansaannin keskiarvo oli 971 kcal, kun suositus olisi ollut vähintään 1570 kcal. Ravitsemushoitoa tehostettiin, ruokaan lisättiin rasvaa ja lisäksi tarjottiin täydennysravintovalmisteita. Tutkittujen energiansaannin keskiarvo oli noussut, puolen vuoden kuluttua se oli 1615 kcal. Hoitajille ja ruokapalveluhenkilöstölle annettiin ravitsemuskoulutusta, oppimista arvioitiin kyselylomakkeella. Tutkimuksessa hoitajat tunnistivat aliravitsemuksen huonosti, vain neljäsosa tapauksista tunnistettiin. Tutkimuksesta ilmeni, että sairaudet ja heikentynyt toimintakyky vaikuttivat huonoon ravitsemustilaan. Tutkimuksen mukaan ravitsemuskoulutuksella voidaan saavuttaa myönteisiä tuloksia. (Suominen 2007.)

2.4 Tehostettu ruokavalio ja erityisruokavaliot

Erityisruokavaliot ovat osa sairauden hoitoa. Erityisruokavalioiden ja ruokarajoitusten tarpeellisuutta on harkittava tarkkaan. Ruokavalion suunnittelussa tulisi ottaa huomioon asukkaan omat mieltymykset ja tottumukset sekä huolehditaan, että päivittäinen ruoka sisältää vain sallittuja ruoka-aineita niin että turvataan riittävä ravintoaineiden saanti. Jos ikääntynyt tarvitsee täydennysravintovalmisteita, niiden on oltava yhdenmukaisia erityisruokavalion kanssa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 48.)

Tehostetun ruokavalion tarve arvioidaan ikääntyneen kokonaistilanteen perusteella. Tehostetun ruokavalion tavallista pienemmistä annoksista saadaan vähintään

yhtä paljon energiaa ja enemmän proteiinia kuin tavallisesta ruokavaliosta. Ruoan energiatihyyttä voidaan lisätä helpoilla valinnoilla. Maitovalmisteista valitaan runsaammin rasvaa sisältäviä tuotteita. Keittoihin, sosemaisiiin ruokiin ja puuroihin lisätään öljyä ja vältetään kevyttuotteita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 48.)

Tehostetun ruokavalion käytön perusteet vaihtelevat jonkin verran eri lähteissä. Seuraava taulukko sisältää tehostetun ruokavalion käytön aiheet eri lähteistä koottuina (Arffman ym. 2009, 112; Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 87-89; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 49).

Taulukko 1. Tehostetun ruokavalion käytön aiheet

heikentynyt ravitsemustila →vajaaravitsemusriski
tahatonta painonlaskua yli 3 kg viimeisen 3kk aikana
painoindeksi on alle 23
syömis- ja nielemisvaikeudet
painehaavauma
lonkkamurtuma
krooninen sairaus: syöpä, sydämen vajaatoiminta, keuhkohtauma
imeytymishäiriö esim. suolistosairaus
infektio
dementia tai psyykkinen sairaus → levottomuus, yliaktiivisuus
asukkaan ruoan rakenne: soseutettu/ nestemäinen

2.5 Ravitsemuksessa esiintyvät erityiskysymykset

Ravitsemusongelmat johtavat pitkittyessään ja hoitamattomina iäkkäillä ihmisillä virheravitsemuksen noidankehään: laihtumiseen, toimintakyvyn heikkenemiseen, iho-ongelmiin ja tulehduskierteeseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 13.) Tärkeimpiä ravitsemukseen liittyviä erityiskysymyksiä ovat ruokahaluttomuus, puremis- ja nielemisvaikeudet, suun kuivuminen, ummetus ja nestetasapaino.

Myös asukkaan avun tarve/ ruokailuissa austaminen vaikuttaa hänen energian saantiinsa. Heikko toimintakyky ja runsas avun tarve heijastuvat myös ruokailuun ja nautitun ravinnon määrään. Mitä enemmän hoivaa tarvitaan, sen suurempi on riittämättömän ravitsemuksen uhka. Ympäri vuorokautisen hoidon asukkailla ravitsemustilan heikkenemiselle altistavia yleisemmin esiintyviä tekijöitä ovat toiminnanvaje vähintään yhdessä päivittäisessä toiminnossa, muistisairaus/ dementia sekä äkillinen tai pitkäaikainen sekavuus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 27- 28.) Ravitsemushoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tulee huomioida myös ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutus asukkaan ravitsemustilaan.

Iän myötä sairauksiin liittyneenä ruokahalua ja syömistä säätelevä järjestelmä sekä maku- ja hajuaisti heikkenevät, mikä voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta ja tästä johtuvaa liian alhaista energian saantia. Ruoan nautittavuus vähenee aistitoiminnan heiketessä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 11.)

Ikääntynyttä muistutetaan tarvittaessa syömisestä, avustetaan syömisessä ja seurataan ruokailun onnistumista. Iäkkään asukkaan omatoimisuutta on tuettava ja järjestettävä hyvä ruokailuasento, jotta hänellä on mahdollisuus syödä itse. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 25- 26.)

Nielemishäiriö eli dysfagia tarkoittaa vaikeutunutta tai estynyttä ruoan tai juoman kulkua suusta vatsalaukuun. Nielemisvaikeutta voi esiintyä ruoan kulkeutumisen

eri vaiheissa. Ruoan pureskelu ja kuljetus suusta kohti nielua voi olla vaikeutunut. Nielemisrefleksin laukeaminen voi olla hidastunutta tai jäädä kokonaan laukeamatta. Henkitorven sulkku ei onnistu tai se tapahtuu puutteellisesti. Ruokaa voi jäädä nieluun tehottoman nielaisun vuoksi. Ruokatorven sulkijalihas ei ehkä aukea riittävästi lihastoimintojen vaikeuksien vuoksi. (Aivohalvaus- ja dysfasialiiton www-sivut 2007.)

Kun potilaalla on nielemisvaikeuksia, ruokailuun varataan tavallista enemmän aikaa. Nielemistä helpottaa, kun potilas istuu selkä suorana ja painaa leukaa kevyesti rintaa kohti. Yhtä ruokapalaa kohti nielaistaan muutamia kertoja. Jokaisen nielaisun jälkeen on syytä myös yskäistä aspiraation ehkäisemiseksi. Suupalojen välillä pidetään pieniä taukoja. Ruokailun jälkeen vältetään makuulle menoa ainakin puolisen tuntia. (Arffman ym. 2009, 192.) Nielemishäiriö on tärkeä tunnistaa, jotta voidaan turvata ikääntyneen hyvä ravitsemustila ja välttää hengitystiekomplikaatioilta. Nielemisvaikeuteen liittyy aina aspiraation vaara, jolloin ruokaa pääsee kulkeutumaan henkitorveen. Nieleminen on helpompaa, kun ruoka on kylmää tai huoneenlämpöistä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 36.)

Suun kuivuminen on erityisen yleistä vanhuksilla, koska he juovat heikentyneen janontunteen vuoksi usein liian vähän. Jo riittävä juominen voi vähentää suun kuivumista. Syljen eritystä parhaiten stimuloisi ruoan huolellinen pureskelu, mutta syljen erityksen vähentyessä on helpointa syödä pehmeää ja kosteaa, helposti nieltävää ruokaa. Usein kuiva suu vähentää syömistä, jolloin on syytä lisätä ruoan energiapitoisuutta. Monet lääkkeet, kuten trisykliset masennuslääkkeet, aiheuttavat suun kuivumista, joka voi hankaloittaa syömistä ja aiheuttaa ruokahaluttomuutta. (Arffman ym. 2009, 59.) Huolellinen hammashygienia on ensiarvoisen tärkeää kuivan suun hoidossa, sillä syljen puute altistaa hammaskariekselle ja ientulehdukselle. Suu tulee huuhdella jokaisen aterian jälkeen vedellä. Syljen eritystä voi stimuloida myös imeskelytableteilla. Suun kostuttamiseen voi käyttää veden ja jääpalojen lisäksi kostuttavaa geeliä/suuvettä sekä ruokailtaessa sivellä ruokaöljyä suun limakalvoille. (Arffman ym. 2009, 190-191.)

Ummetus on ikääntyneillä erittäin yleinen vaiva ja sen syy tulee aina selvittää. Tavallisimmin ummetuksen syynä on ruokavalion liian vähäinen kuidun määrä

sekä liian vähäinen juominen. Myös liikunnan vähäisyys vaikuttaa suolen toimintaan. Monilla lääkkeillä on sivuvaikutuksena ummetus. Ummetuksen luonnolliset hoitomuodot ovat säännöllinen ruokailu ja WC:ssä käynti. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 73.)

Lautasmallin mukaisesta ateristiasta saadaan runsaasti kuitua. Puolet lautasesta tulisi täyttää kasviksilla, osa kasviksista voi olla kypsennettyjä. Raakaraasteet tulee olla hienoksi raastettuja, jotta ikääntynyt pystyy niitä syömään. Yhden neljäsosan lautasesta täyttää peruna, riisi tai pasta. Vajaa neljännes jää kala- tai liharuoan osuudeksi.

Sulamaton kuitu ylläpitää suoliston terveyttä. Kuitu täyttää ruoansulatuskanavaa, edistää suolen toimintaa ja ehkäisee ummetusta. Se hidastaa sokerin imeytymistä ja siten vähentää verensokerin . (Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006, 21-22.)

Vettä tarvitaan ruoansulatuksessa sekä ravintoaineiden imeytymiseen ja kuljettamiseen kehossa. Lisäksi aineenvaihduntatuotteiden poistamiseen tarvitaan riittävästi nestettä. Juomista säätelee normaalisti janontunne, mikä ikääntyneellä saattaa olla heikentynyt. Nestetarpeeksi arvioidaan 30 ml painokiloa kohti vuorokaudessa. Ikääntynyt tarvitsee nesteitä päivän aikana 1-1,5 l eli 5-8 lasillista. Nestetarve voidaan laskea myös ruoasta saatua energiayksikköä kohti 1 ml/ kcal. Juomat voivat olla nesteen ohella hyviä ravintoaineiden lähteitä ja välipaloja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 41- 42.)

Jotkut lääkkeet vaikuttavat suoraan ruokahaluun, kuten mahan tyhjenemistä hidastava levodopa ja opioidit. Maku- ja hajuaistin muuttuminen esimerkiksi veripainelääke kaptopriiliin tai solunsalpaajahoidon yhteydessä voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta. (Arffman ym. 2009, 59.)

Ravintoaineet ja lääkkeet vaikuttavat toistensa toimintaan, koska ne imeytyvät, jakautuvat, metaboloituvat ja erittyvät samojen elimistön prosessien ja kanavien avulla. Ruoka voi vaikuttaa lääkityksen onnistumiseen, jos se muuttaa lääkkeen imeytymistä, aineenvaihduntaa tai erittymistä. Lääke voi puolestaan vaikuttaa

syömiseen, ravintoaineiden imeytymiseen tai aineenvaihduntaan. Ruoan ja lääkkeen yhteisvaikutuksen mahdollisuutta on syytä pohtia erityisesti, jos potilaan ravitsemustila on huono, hän on alipainoinen ja laihtuu edelleen, hän käyttää pitkäaikaista lääkitystä tai hänellä esiintyy pahoinvointia, ummetusta tai ripulia. (Arffman 2009, 55.)

Yleensä ruoka hidastaa ja joskus myös vähentää lääkkeen imeytymistä. Vaikutus korostuu, kun käytetään hitaasti lääkeainetta vapauttavia valmisteita, kuten depot- tai retard-lääkkeitä. Ruoka voi myös itsessään muuttaa lääkkeen toimintaa, esimerkiksi runsas maidon juominen ruoan kanssa voi nostaa mahan pH-arvoa niin, että ohutsuolessa hajoavaksi tarkoitettu lääke hajoaa jo mahalaukussa. Ravinnon sisältämät hivenaineet sekä lääkkeiden sisältämät alumiiniyhdisteet muodostavat joidenkin lääkeaineiden kanssa imeytymättömän yhdisteen, jolloin molempien vaikutukset heikkenevät selvästi. Tunnetuimpia esimerkkejä tällaisesta yhteisvaikutuksesta on kalsiumin tai raudan ja tetrasykliini- tai fluorokinoloniantibioottien muodostama imeytymätön kompleksi. Raudan ja kalsiumin kanssa reagoivat myös Parkinsonin taudin hoidossa käytetyt levodopa, karbidopa ja metyylidopa. Edellä mainittujen lääkkeiden ja maitotuotteiden tai kalsiumia, rautaa, magnesiumia tai sinkkiä sisältävien ravintolisien ottamisen välillä on pidettävä vähintään kahden tunnin väli. (Arffman 2009, 56.)

K-vitamiini heikentää verenohennuslääkkeen tehoa. Rruokavaliosta saatavan K-vitamiinin määrä on syytä pitää mahdollisimman tasaisena, jolloin löydetään lääkityksen sopiva taso. A-, E-, D- ja C-vitamiini vaikuttavat verenohennuslääkkeen tehoon suurina annoksina, näitä sisältäviä ravintolisiä ei tule käyttää ilman hoitavan lääkärin suostumusta. (Arffman ym. 2009, 58.)

Jotkut lääkkeet vaikuttavat suoraan ruokahaluun, kuten mahan tyhjenemistä hidastava levodopa ja opioidit. Maku- ja hajuaistin muuttuminen esimerkiksi verenpainelääke kaptopriilin tai solunsalpaajahoidon yhteydessä voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta tai jopa vastenmielisyyttä syömistä kohtaan. (Arffman ym. 2009, 59.)

Usein ruoan ja lääkkeiden yhteisvaikutus vaikuttaa enemmän lääkitykseen kuin ravitsemukseen. Koska ravinnon saanti on jatkuvaa, se ei häiriinny yhtä helposti

kuin lyhytkestoinen lääkitys. Pitkäaikaista tai suuriannoksista lääkitystä käytettäessä on tunnistettava tilanteet, joissa lääkkeiden ja ruoan keskinäiset vaikutukset ovat merkittäviä. (Arffman ym. 2009, 60.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten vanhuspalveluyksiköiden ravitsemushoito toteutuu pitkäaikaishoitoyksiköissä ja onko mahdollisesti ravitsemushoidon toteutumisessa yksikkökohtaisia eroja. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Porin perusturvan alaiset pitkäaikaishoitoa tarjoavat vanhuspalveluyksiköt. Tutkimukseen osallistui yksiköitä sekä vanhainkodin että tehostetun palveluasumisen puolelta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää yksiköiden nykyiset käytännöt sekä lisätä henkilökunnan tietämystä ikääntyneiden ravitsemushoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja sen arvioinnista.

Tutkimuksella haettiin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten ravitsemushoito toteutui pitkäaikaishoidossa?
2. Miten yksiköissä seurattiin ja arvioitiin asukkaiden ravitsemustilaa?
3. Mitkä asiat ravitsemushoidon toteuttamisessa vaativat kehittämistä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä l. kvantitatiivista menetelmää. Kyselylomakkeen esitetyissä kysymyksissä pohjana käytettiin Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemushoitosuosituksia ikääntyneille vuodelta 2010. Aineiston analyysia ohjaa valmis, aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys. Teorialähtöinen analyysi on perinteinen analyysimalli. Tutkittava ilmiö määritellään jonkin jo tunnetun mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 99.)

Kyselylomakkeen laadinnassa apuna käytettiin SAMK:n e-lomakkeen pohjaa (Liite3). Tutkimuksen onnistumiseen vaikuttaa paljon lomakkeen kysymykset/sisältö, onko lomakkeessa sisällöllisesti oikeat kysymykset. Hyvä kyselylomake on kokonaisuus, jossa toteutuvat sekä sisällölliset että tilastolliset näkökohdat (Vehkalahti 2008, 20). Kyselytutkimuksessa käytettiin enimmäkseen suljettuja osioita, mutta osa kysymyksistä oli avoimia. Avovastauksista saatiin tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa mm. ravitsemustilan seurantaan ja arviointiin sekä sen kehittämisen kannalta. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tekijästä ja hänen yhteystietonsa mahdollista yhteydenottoa varten koskien tutkimukseen vastaamista.

4.2 Aineiston keruumenetelmä ja aineiston analysointi

Tutkimusta varten oli haettu lupa Porin kaupungin perusturvan vanhuspalveluiden johtajalta Pirjo Rehulalta (Liite 4). Aineiston keruumenetelmänä oli kysely, jonka pohjana oli käytetty dokumentteihin perustuvaa tietoa. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisen kyselylomakkeen avulla, joka sisälsi pääasiassa monivalintakysymyksiä ja muutaman avoimen kysymyksen. Monivalintakysymyksiä oli lomakkeessa 22 kappaletta ja avoimia seitsemän. Kyselylomake lähetettiin yksiköistä vastaaville vanhustyön päälliköille. Kyselylomakkeita lähetettiin yksi yksikköä tai vastaavasti yksi osastoa kohden. Lomakkeeseen oli tarkoitus hoitohenkilökunnan, jotka osallistuivat ravitsemushoidon toteuttamiseen osastolla, vastata yhdessä. Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 32 kappaletta. Kyselyyn oli aikaa vastata kaksi viikkoa, vastauksia toivottiin lokakuun 2011 loppuun mennessä. Marraskuussa lähetettiin vielä muistutus mahdollisesta tutkimukseen osallistumisesta yksiköihin, jotka eivät olleet kyselyyn vielä vastanneet. Muistutuksen jälkeen kyselyyn vastasi neljä yksikköä. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla tutkittavien ehdoton vapaaehtoisuus osallistua tutkimukseen, joka koskee koko tutkimusaikaa (Kuula 2006, 160). Aineiston analysoinnissa käytettiin apuna Microsoft Office Excel 2007-ohjelmaa, jonka avulla tulokset havainnollistettiin esitettyyn muotoon. Avoimia kysymyksiä analysoidessa on verrattu niiden samuutta toisiinsa esim.

ravitsemushoidon kehittämiseen liittyen, montako samaa kehitystä vaativaa asiaa ilmeni vastauksissa.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyyn tuli vastauksia 13 kappaletta, mutta on mahdollista että kolme vastausta koskivat useamman osaston käytäntöä. Tutkimukseen osallistui mahdollisesti 18 osastoa, mutta vastauksia kyselyyn tuli 13. Kolmentoista vastauksen pohjalta tutkimuksen vastausprosentiksi tuli 40,6.

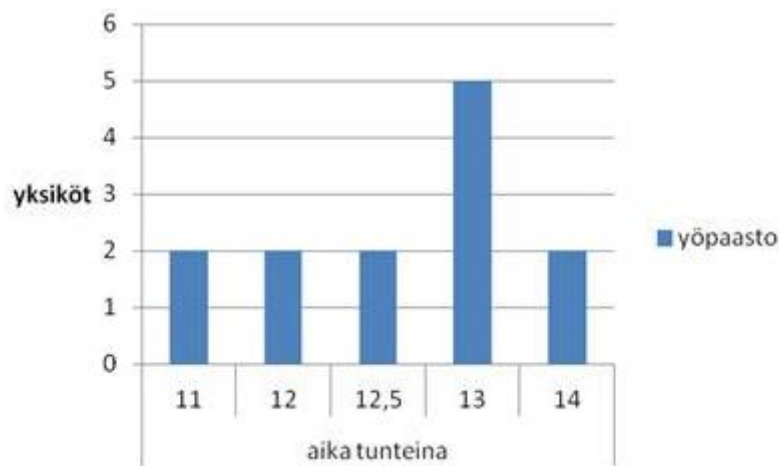
5.1 Ravitsemuksen toteuttaminen

Ruoka valmistettiin omassa talossa vain kolmessa yksikössä, muissa ruoka tuli ostopalveluna ja talon oma keittiö toimi jakelukeittionä. Mahdollisen reklamaation antamisessa käytäntö oli vaihtelevaa. Reklamaatio annettiin joko suoraan ruoan valmistavaan yksikköön puhelimitse tai oman talon jakelukeittiöön puhelimitse tai suullisesti. Osan reklamaatioista huolehti esimies, joka toimitti reklamaation eteenpäin vanhuspalvelupäällikölle tai suoraan ruoan valmistavaan yksikköön. Muutamalla osastolla reklamaation huolehti keittiövastaava, heillä oli käytössä mahdollista reklamaatiota varten lomake.

Muut tilattavat ruoka-aineet olivat tarkkaan määriteltyjä kymmenessä yksikössä ja tilausta varten oli valmis tilauspohja käytössä. Kolmessa yksikössä tilattavia tuotteita ei ollut erikseen rajattu, vaan tuotteita sai tilata vapaasti tarpeen mukaan.

Ateria-ajoissa oli mahdollisuutta joustoon seitsemässä yksikössä. Kahdessa joustettiin joka aterialla ja viidessä pystyttiin joustamaan aamu- ja iltapalan sekä päiväkahvin tarjoiluissa. Kuudessa yksikössä ei ollut mahdollisuutta tarjota aterioita kuin sovittuina ruoka-aikoina. Lämpimälle ruoalle vaihtoehtoja pystyi tarjoamaan

vain yksi yksikkö, muissa tarjottava oli ruokalistan mukainen. Aukkaiden yöpaasto oli 11 -14 tuntia, josta tarkemmin kuviossa 2.



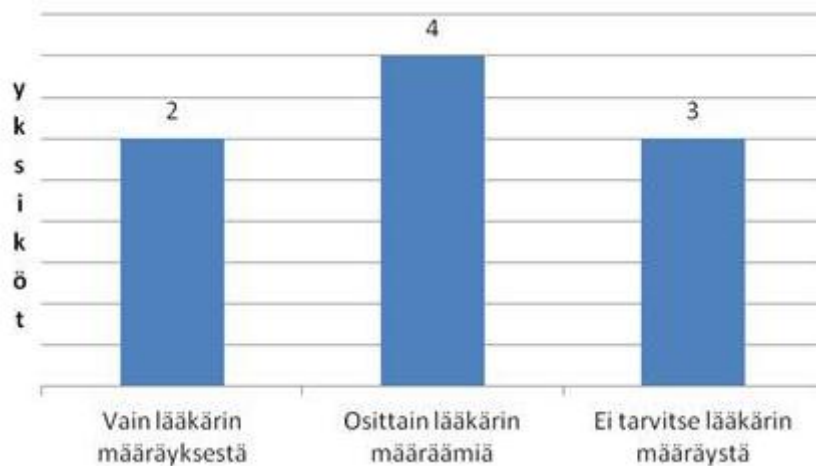
Kuvio 2. Aukkaiden yöpaaston pituus

Hygieniosaamistodistus 1. hygieniapassi oli ruokahuoltoon osallistuvalla henkilökunnalla kaikilla kahdessa yksikössä, osalla yhdeksässä yksikössä ja kahdessa yksikössä hygieniapassia ei ollut kenelläkään. Hoitohenkilökunnan vastuulla on aukkaiden tarpeiden mukaisen ruoan tilaaminen ja tarjoilu osastoilla. Tilattavista erityisruokavalioista vähälaktoositonta/ hyla-ruokavaliota oli määrällisesti eniten. Kyselylomakkeesta jätettiin tarkoituksella nykyisten suositusten mukaisesti sokeriton- ruokavalio vaihtoehtoja pois. Kaksi vastanneista kuitenkin ilmoitti erityisruokavaliokseen lisäksi sokeriton- ruokavalion. Iv- nestehoitoa oli mahdollista toteuttaa kolmessa yksikössä ja yhdessä yksikössä toteutettiin letkuruokintaa (peg-tai nenä-mahaletku).

Rakennemuutettu ruokavalio voi olla pehmeä, sosemainen tai nestemäinen. Sosemainen ruokavalio oli eniten käytetyin vaihtoehto. Sosemaisen ruokavalion tarvetta oli neljässätoista vastanneista, niistä neljä sileää sosetta. Pehmeä ruokavalio oli käytössä seitsemässä vastanneista ja nestemäinen ruokavalio oli käytössä kahdessa yksikössä.

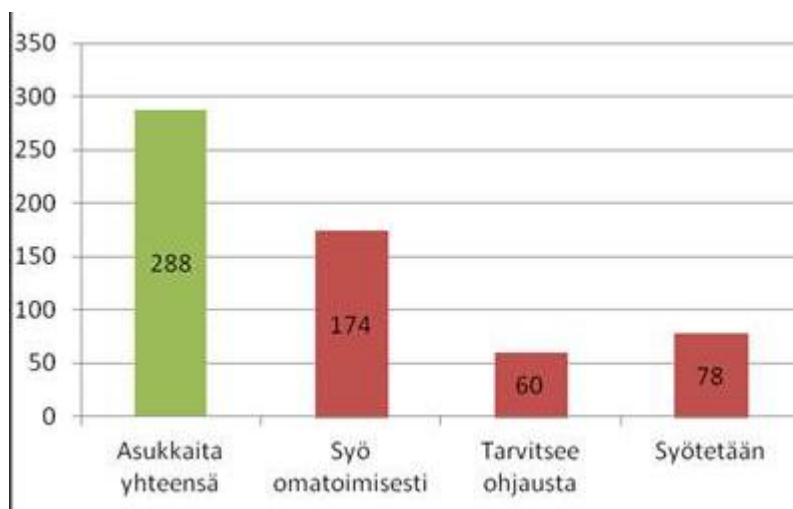
Täydennysravintovalmisteita oli käytössä runsaasti. Käytetyimmät ravintovalmisteet olivat Cubitan, Calogen ja Nutridrink. Ravintovalmisteita käytettiin eri muodoissa, oli sekä juotavia että vanukkaita. Neljällä vastanneista ei ollut täydennys-

ravintovalmisteita käytössä. Osalla täydennysravintovalmisteiden käyttö oli aina lääkärin määräämiä. Tarkennusta täydennysravintovalmisteiden käytöstä on kuviossa 3.



Kuvio 3. Täydennysravintovalmisteiden käyttö

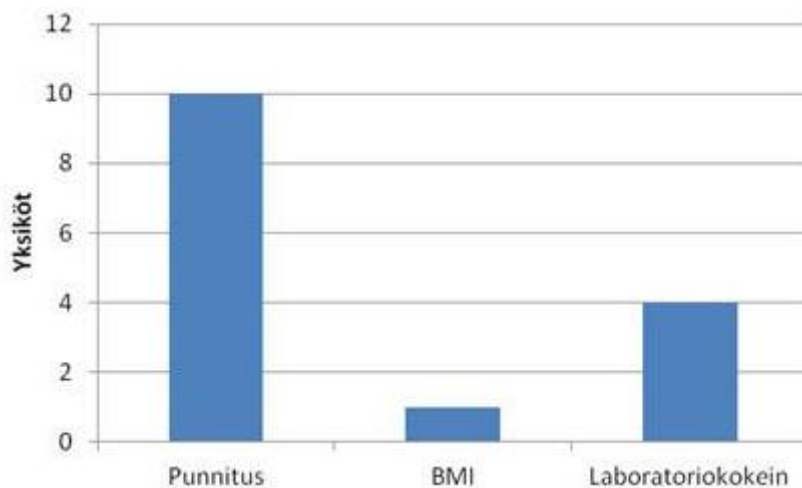
Lääkehoito asukkaille tapahtui pääasiassa ruokailujen yhteydessä, vain yksi yksikkö oli eriyttänyt asukkaiden lääkkeenjaon ja ruokailun. D- vitamiinilisä oli käytössä asukkaille säännöllisesti seitsemässä yksikössä, mutta kalsium vain yhdessä. Ravitsemushoidosta oli konsultoitu ravitsemusterapeuttia ja diabeteshoitajaa neljässä vastanneista ja lääkäriä viidessä. Keittiöhenkilökunnan ammattitaitoa oli hyödynnetty kuudessa yksikössä. Asukkaiden avun tarpeessa ruokailuihin liittyen ei ilmennyt suuria yksikkökohtaisia eroja. Kuviossa 4. on eritelty asukkaiden avuntarve ruokailuissa.



Kuvio 4. Asukkaiden avun tarve ruokailuissa

5.2 Ravitsemustilan seuranta

Jokaisessa yksikössä seurattiin syödyn ruoan määrää, osa yksiköistä lisäksi kirjasi siitä. Ravitsemustilan seurannassa käytetyin menetelmä oli punnitus, osa yksiköistä punnitsi säännöllisesti ja osa vain tarpeen mukaan. Aukkaiden painoa seurattiin 1x kuukaudessa neljässä -, 2x vuodessa kolmessa - ja 1x vuodessa kolmessa yksikössä. Kolme vastanneista ei seurannut asukkaiden painoa säännöllisesti, vain tarpeen mukaan. MNA-testiä eikä ruokapäiväkirjaa ollut käytössä yhdessäkään yksikössä. Asukkaan BMI oli yhden yksikön keino seurata ravitsemustilaa. Neljä yksikköä ilmoitti seuraavansa asukkaiden ravitsemustilaa myös laboratoriokokeiden avulla. Kuviossa 5. on esitetty ravitsemustilan seurannan keinot.



Kuvio 5. Ravitsemustilan seuranta

5.3 Ravitsemushoidon kehittäminen

Ravitsemushoidon tärkeys osana asukkaan hyvää hoitoa tulisi olla itsestäänselvyys, joten olisi myös toivottavaa, että työntekijät sitoutuisivat toteuttamaan suositusten mukaista laadukasta ravitsemushoitoa. Tutkimuksessa selvisi, että ravitsemustilan seurannassa ja sen arvioinnissa oli selkeitä puutteita. Ravitsemuksen

seuranta ei ollut säännöllistä, asukkaiden painoa ilmoitti seuraavansa neljä kolmestatoista vastanneesta säännöllisesti. Asukkaiden yöpaaston pituus, 11 tuntia, oli suositusten mukainen kahdella vastanneista. Ravitsemushoidon kehittämisen tarpeeseen oli henkilökunta jo kiinnittänyt huomiota, kehitettävät asiat olivat tärkeitä ja myös ikääntyneiden ravitsemussuositusten mukaisia.

Kehitettäviä asioita heidän mielestään oli yöpaaston lyheneminen, energian saannin turvaaminen ja yksilöllisyyden huomioiminen ravitsemushoidossa. Yöpaastoon oli eniten kiinnitetty huomiota ja se nousi esiin ravitsemushoidon kehittämisen tarpeena kuudessa yksikössä. Kehittämisen tarvetta he kokivat myös ravitsemustilan arvioinnissa, sen säännöllisyydessä ja eri mittareiden käyttöön otossa. Toivottiin myös koko henkilökunnan ymmärtävän ravinnon merkityksen. Myös asukkaiden mieltymyksiä toivottiin otettavan huomioon ja kiinnitettävän huomiota ruoan laatuun. Yksi vastanneista tunsu tarvetta yhden keittiötyöntekijän palkkaamiseen osastolle.

Koulutusta ravitsemushoidosta oli työnantaja kiitettävästi järjestänyt, vain yksi vastanneista, yksiköstä/ osastosta oli kokonaan ilman lisäkoulutusta.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Suosituksien mukaisesti asukkaiden ruokailu ja lääkehoito olisi syytä eriyttää, mutta osastoilla käytännön syistä tästä ei ole helppo luopua. Lääkkeitä ei tulisi sekoittaa ruokaan ja tuleekin harkita lääkkeen käytön välttämättömyys tai mahdollisesti lääkemuodon vaihtaminen, jos asukas ei kykene nielemään lääkkeitä. Erityisesti lämpimän ruoan joukossa lääkkeen apuaineet reagoivat, jolloin lääkkeen haitta voi olla hyötyä suurempi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 57.) Yksi vas-

tanneista ilmoitti asukkaiden lääkeshoidon toteutuvan erillään ruokailuista. D-vitamiinilisän käyttö oli yli puolella vastanneista suositusten mukaista, mutta kalsiumlisä käytössä vain yhdellä vastanneista. D-vitamiini sekä kalsiumlisä tulisi turvatuksi yhdistelmävalmisteella, jota suositellaan käytettäväksi kalsiumin imeytymisen kannalta.

Täydennysravintovalmisteiden käytössä oli yksikkökohtaisia eroja. Osa yksiköistä sai itse määrittää ravintovalmisteen aloittamisen tarpeen, osalla ravintovalmisteet olivat aina lääkärin määräämiä. Täydennysravintovalmisteet tehostetun palveluasumisen yksiköissä luokitellaan lääkkeeksi, joten asukkaan tulee ne itse kustantaa, kun taas vanhainkodissa ne sisältyvät hoitomaksuun. Täydennysravintovalmisteet tulisi olla kaikkien saatavilla asukkaan maksukyvyistä riippumatta.

Ravitsemushoidon suunnittelussa oli moniammatillisuutta kiitettävästi hyödynnetty. Ravitsemusterapeutti Porin perusturvassa vastaa nykyään myös pitkäaikaishoitoyksiköiden diabetesta sairastavien ravitsemuksen suunnittelusta.

Asukkaiden avun tarpeessa ruokailujen yhteydessä ei esiintynyt huomattavia yksikkökohtaisia eroja, vanhainkodin- ja tehostetun palveluasumisen välillä.

Asukkaiden painon seuranta tulisi olla säännöllistä, jotta suurilta painonvaihteluilta vältyttäisiin. Suositusten mukainen painon seuranta kerran kuukaudessa on perusteltua virheravitsemuksen ennaltaehkäisyssä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 30.) Tutkimuksessa selvisi, ettei asukkaiden painon seuranta ollut riittävää, vain neljä vastatuista seurasi sitä säännöllisesti suositusten mukaisesti.

Tutkimuksessa selvisi, ettei MNA-testiä käytetty ravitsemustilan arvioinnissa. Ikääntyneiden pituuteen suhteutetun normaalipainon selvittäminen on usein osastoilla ongelmallista, tästä johtuen MNA-testissä kysytään vaihtoehtoisesti polvikantapäämittaa. MNA-testin käyttö ravitsemustilan seurannassa olisi toivottavaa, näin jo virheravitsemusriskissä olevien asukkaiden ravitsemushoitoa tehostettaisiin, ennen virheravitsemuksen syntymistä. Myös Kauppila ja Kukka (2010) totevivat tutkimuksessaan MNA-testin käytön olevan osastolla vähän käytettyä ja työlästä.

Yöpaaston pituus oli vain kahdella vastanneista suositusten mukainen ja henkilökunta kokikin erityisesti yöpaaston lyhentämisen kehittämistä vaativana asiana. Yöpaastoa oli pyritty jo lyhentämään useassa yksikössä, ateriarytmiä muuttamalla: aamupalaa tarjottiin porrastetusti ja oli lisätty iltapalaa myöhäisemmäksi esimerkiksi vellin muodossa. Myös päivittäiseen energiantarpeeseen oli kiinnitetty huomiota, yksi vastanneista tarjosi asukkaille runsasenergisempää ruokaa kuin ennen. Ravitsemushoidon kehittämisen tarpeeseen ja sen kehittämiseen oli kiinnitetty yksiköissä huomiota, vain yksi vastanneista ei kokenut kehittämisen tarvetta.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta varten oli haettu lupa Porin kaupungin perusturvan vanhuspalveluiden johtajalta Pirjo Rehulalta. Vastausprosentin jäädessä alhaiseksi oli syytä kiinnittää huomiota tutkimukseen osallistuvien tietosuojaan, jotta yksiköiden anonymiteetti säilyisi. Tutkimuksen analysoinnissa jätettiin vertaamatta vanhainkodin ja tehostetun palveluasumisen eroja ravitsemushoidon toteuttamisessa. Lähtökohtana on tarve suojella tutkittavia niiltä mahdollisilta negatiivisilta seurauksilta, joita heidän tunnistamisensa tutkimusjulkaisuissa saisi aikaan. (Kuula 2006, 200-205.) Tässä tutkimuksessa ei ole kerätty henkilötietoja, mutta tutkimuksen aikana tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden tunnistamattomuutta on suojattu. Tutkimusaineisto on tallennettuna E-lomakkeella, jonka käyttö on tutkijan henkilökohdallisen käyttäjätunnuksen takana.

6.3 Luotettavuus

Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin kotihoito sekä Porin kaupunginsairaalan pitkäaikaissosastot, jotta tutkimuksen tulokset olisivat vertailukelpoisia. Kotihoidossa

toteutettava ravitsemushoito poikkeaa pitkäaikaishoidon yksiköiden ravitsemushoidosta. Sairaalassa on taas mahdollista toteuttaa enteraalisen ravitsemuksen lisäksi parenteraalista ravitsemusta, mikä vaikuttaisi tutkimuksen tulokseen. Aineiston keruumenetelmänä käytettyä kyselykaavaketta testattiin vanhainkodin osastolla ja testauksen perusteella lomaketta muokattiin. Kyselykaavakkeen mukana olevassa saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseen valitut vastaajat, tässä tutkimuksessa ne ovat Porin perusturvan alaiset vanhainkodit sekä tehostetun palveluasumisen yksiköt. Tutkimuksessa tulee ilmetä otannan tyyppi ja rakenne, jota on käytetty valittaessa vastaajat tutkimukseen (Kuula 2006, 225).

Tutkimuksen kokonaisluotettavuus edellyttää luotettavuutta sekä mittaukselta että tiedonkeruulta. Vastausprosentti on eräs tutkimuksen luotettavuuden ilmaisina, tässä tutkimuksessa yhtään vastausta ei jouduttu hylkäämään, mutta vastausprosentti jäi alle puoleen mikä heikentää tutkimuksen luotettavuutta. (Vehkalahti 2008, 40-44.) Tutkimuksen vastausprosentti oli 40,6.

Tutkimukseen käytetyt lähteet olivat osa vuodelta 2006. Näistä käytetyt lainaukset ovat edelleen tämän päivän ravitsemussuosittelujen mukaisia.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen tulosten perusteella laadittiin pitkäaikaishoidosta vastaaviin yksiköihin suositus avuksi ikääntyvien ravitsemushoitoon ja -seurantaan. Ravitsemushoitosuosituksen on hyväksynyt Porin perusturvan ravitsemusterapeutti Tanja Pihlajamäki. Suositus, joka on tiivistettynä A4-kokoon on lähetetty sähköisessä muodossa Porin perusturvan alaisiin vanhuspalveluyksiköihin. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää Porin perusturvassa keväällä 2012 alkavaan projektiin ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyen.

Ikääntyneiden ravitsemushoitoon on yhä enemmän kiinnitetty huomiota. Tässä tutkimuksessa ilmeni selkeästi hoitohenkilökunnan halu kehittää yksiköissään ravitsemushoitoa ja osassa tutkimukseen osallistuneista yksiköistä ravitsemushoitoa

oli jo kehitettykin. Porin perusturvan ravitsemusterapeutti on kevään 2012 aikana järjestänyt jo lisäkoulutusta ravitsemushoidosta ikääntyneiden parissa työskenteleville.

Jatkotutkimuksen Porin perusturvan alaisiin pitkäaikaishoitoyksiköihin voisi toteuttaa uudelleen noin vuoden kuluttua. Olisi mielenkiintoista nähdä tutkimuksen tulokset, onko ravitsemushoitoa kehitetty ja minkälaisin menetelmin suositusten mukaisesti. Tässä tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta on mahdollista käyttää joko sellaisenaan tai muokattuna myöhemmin. Jatkotutkimuksessa olisi tarpeen kiinnittää enemmän huomiota asukkaiden ravitsemustilan arviointiin ja sen kehittämiseen. Tässä tutkimuksessa ei kysytty esim. mitä välineitä mahdollisesti yksiköissä on käytössä asukkaiden ravitsemustilan arvioimiseen. Ehkä jatkotutkimuksessa olisi tarpeen selvittää, ovatko välineet/mittarit eikä vain menetelmät ravitsemustilan arvioimiseen yksikkökohtaisesti käyttökelpoisia. Ravitsemustilan arvioinnissa asukkaiden painon seuranta on tärkein ja yksinkertaisin tapa. Myös ravitsemustilan arvioinnissa käytettävät testit/lomakkeet tulisi olla mahdollisimman selkeitä täyttää, jotta niiden käyttö olisi myös ajallisesti mahdollista.

Ravitsemushoito on osa asukkaan hyvää hoitoa. Pitkäaikaishoidon asukkaat, kuten tässä tutkimuksessa ilmeni, eivät ole yhdenvertaisessa asemassa ravitsemushoidon toteutukseen liittyen. Asukkailla tulee olla oikeus tarvittaessa tehostettuun ravitsemushoitoon ja täydennysravintovalmisteiden käyttöön heidän maksukyvystään riippumatta. Ikääntyneille palveluita tuottavan organisaation johdon ja yksiköiden vastuuhenkilöiden tulee ottaa huomioon ravitsemussuositusten keskeiset painopistealueet palveluita tuottaessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 57.)

LÄHTEET

Aivohalvaus- ja dysfasialiiton www-sivut. Viitattu 10.5.2012.
<http://www.stroke.fi>

Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki. Edita.

Kauppila, A. & Kukka, J. 2010. Ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistaminen ja arviointi. AMK-opinnäytetyö. DIAK. Oulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201005199829>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä. Gummerus.

Käypä hoidon www-sivut. Viitattu 30.4.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

Porin kaupungin www-sivut. Viitattu 30.4.2012. <http://www.pori.fi>

Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot. Vammala.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys r. y. 2006. Ravitseminen ja ruokavaliot. Vammala.

Suominen, M. 2007. Ikääntyneiden ihmisten ravitseminen ja ravitsemushoito suomalaisissa vanhainkodeissa ja sairaaloissa. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-806-128-4>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Tammi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan www-sivut. Viitattu 30.4.2012.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010a. Ravitsemushoito. Helsinki. Edita.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010b. Ravitsemussuosituksien ikääntyneille. Helsinki. Edita.

Valviran www-sivut. Viitattu 30.4.2012. <http://www.valvira.fi>

Vanhustyön keskusliiton www-sivut. Viitattu 30.4.2012.
<http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi>

Vehkalahti, K. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. 2008. Vammala. Tammi.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Gerontologinen hoitotyö. 2009. WSOY.



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sukunimi:		Etunimi:		
Sukupuoli:	ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Lopullisen seulonnan kokonaispistemäärä.

Seulonta

A	Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremie- tai nielemisvaikeuksien takia: 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muuten	<input type="checkbox"/>
B	Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C	Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipottias 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D	Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E	Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F1	Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus) ² kg/m ²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>

JOS ET VOI LASKEA BMI:TA, KORVAA KYSYMYS F1 KYSYMYKSELLÄ F2.
ÄLÄ VASTAA KYSYMYKSEEN F2, JOS OLET JO VASTANNUT KYSYMYKSEEN F1.

F2	Pohkeen ympärysmitta (PYM), cm 0 = PYM on alle 31 cm 3 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (Maksimi 14 pistettä)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä:	Normaali ravitsemustila	
8-11 pistettä:	Riski virheravitsemukselle kasvanut	
0-7 pistettä:	Aliravittu	

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan O, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10:455-465.
Rubenstein LZ, Harter JO, Silva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront* 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10:465-487.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2006; 10:782-788.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/09 10M
Enemmän tietoa löydät: www.mna-shortform.com -sivuilta.

Ravitsemus ohje

Tämän ohjeen asiasisällön on tarkastanut 21.3.2012

Porin perusturvan ravitsemusterapeutti Tanja Pihlajamäki

IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS PITKÄAIKAISHOIDOSSA

Ravitsemustilaa arvioidaan säännöllisesti

- ravitsemusongelmiin puututaan mahdollisimman varhain

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- asukkaan punnitseminen (suositus 1x kuukaudessa) tavoitteena välttää suuret painonvaihtelut |
|---|

- arvioidaan syödyn ruoan määrää siitä kirjaamalla
- MNA-testin käyttö virheravitsemusriskin arvioinnissa

Yöllinen paasto max.11tuntia

Yöpala voi rauhoittaa levotonta, yöllä heräävää asukasta.

Energian tarve vähintään 1500 kcal/vrk, tarkoittaa vähintään S-annoskokoa

Proteiinin tarve 1,5 g/ tavoitepainokg/vrk

Nesteen tarve vähintään 5-8 lasillista/vrk (1-1,5 l) suositellaan maitoa tai piimää

Yksilöllisyys ravitsemushoidossa: huomioidaan asukkaan omat mieltymykset, tarvittaessa tilataan rakennemuutettu- tai tehostettu ruokavalio, tarvittaessa aloitetaan täydennysravintovalmisteiden käyttö, liukuma aterio-aikoihin ja proteiinipitoisia välipaloja tarjolla.

D-vitamiinilisän käyttö suositus yli 60-vuotiaille 20 mikrogrammaa/vrk ympäri vuoden

Suun hoito: säännöllinen puhdistus sekä suun kostutus

Liikunta, vältetään vuodelepoa, toimintakykyä ylläpitävä liikunta mahdolliseksi

Ruokailuhetki

huomioi hyvä ruokailuasento

- Jos nieleminen heikentynyt: asukas istuvassa asennossa, pää ei saa taipua takaviistoon (kurkunpään sulku heikkenee). Pään taivutus etuviistoon nielaisun aikana tehostaa henkitorven sulkeutumista.
- tuetaan omatoimisuutta, arvioidaan avun tarve
- kiireetön, kodinomainen ruokailutilanne aktivoi

LIITE 3.

Kysely ravitsemuksen toteutumisesta

Opiskelen sairaanhoitajaksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa, Rauman toimipisteessä. Teen opinnäytetyöhöni liittyvää tutkimusta pitkäaikaishoidon asukkaiden ravitsemuksen toteutumisesta. Opinnäytetyöni aiheen valintaan on vaikuttanut oma työhistoriani vanhusten hoidossa sekä avo- että laitospuolella.

Tutkimusaineisto kerätään sähköisen kyselylomakkeen avulla, joka lähetetään Porin perusturvan alaisiin vanhainkoteihin sekä tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Käytännön syistä kysely lähetetään yksiköistä vastaaville esimiehille. Kyseleyn vastaajan tulee osallistua yksikön ruokahuollon toteuttamiseen. Kysymykset on laadittu osittain ikääntyneiden ravitsemussuosituksia hyödyntäen. Kuitenkin toivon teidän vastaavan osaston nykyisen käytännön, ei suositusten mukaisesti.

Tutkimuksessa ei ole tarkoitus puuttua yksittäisen yksikön epäkohtiin, vaan karsoittaa ikääntyneiden ravitsemuksen toteutus pitkäaikaishoidossa Porin perusturvan alueelta. Tutkimuksessa esiin tulevien vastausten/ongelmien pohjalta on tarkoitus muokata ravitsemussuositusten mukaisesti oppaat, avuksi ravitsemushoidon toteuttamiseen Porin perusturvan alaisiin vanhainkoteihin sekä tehostetun palveluasumisen yksiköihin.

Lupa tutkimukseen on saatu Porin perusturvan vanhuspalveluiden johtajalta Pirjo Rehulalta.

Toivon saavani vastaukset lokakuun loppuun mennessä.

Vastauksistanne lämpimästi kiittäen

Marjo Nissilä

marjo.nissila@student.samk.fi

Ruoan valmistus/ tilaaminen

Valmistetaanko ruoka yksikössänne vai käytetäänkö ostopalvelua?

- ☐ ruoka valmistetaan yksikössämme
- ☐ ruoka tilataan yksikön ulkopuolelta

Jos ruoka tilataan ostopalveluna, vastaako se laadultaan ja määrältään tilattua.

Kuinka usein on reklamaation tarvetta?

- ☐ päivittäin
- ☐ viikoittain
- ☐ harvemmin
- ☐ ei koskaan, ruoka on vastannut tilattua

Jos on ilmennyt reklamaation tarvetta, onko mahdollista osoittaa se suoraan ruoan valmistavaan yksikköön. Miten reklamaatio tehdään ja kenelle se osoitetaan?

Kuinka tarkkaan on määritelty muut tilattavat elintarvikkeet?

- ☐ on tarkkaan määritelty
- ☐ käytössä valmis tilauspohja
- ☐ ei ole määritelty, tuotteita saa tilata tarpeen mukaan

Ravitsemuksen toteuttaminen

Onko ateria-ajoissa mahdollisuutta joustoon?

- ☐ on, kaikissa
- ☐ on osittain
- ☐ ei ole mahdollista

Jos ateria-ajoissa oli osittain mahdollisuus joustoon. Mitä aterioita tämä koskee?

- ☐ aamupalaa
- ☐ lounasta
- ☐ päiväkahvia
- ☐ päivällistä
- ☐ iltapalaa

Onko tarjottavalle lämpimälle ruoalle vaihtoehtoja?

- ☐ kyllä
- ☐ ei, on ruokalistan mukainen

Montako tuntia on asukkaiden yöpaaston pituus?

Onko ruokahuoltoon osallistuvalla henkilökunnalla hygieniosaamistodistus 1. hygieniapassi?

- ☐ on kaikilla ruokahuoltoon osallistuvilla
- ☐ on osalla ruokahuoltoon osallistuvilla
- ☐ ei kenelläkään

Erityisruokavaliot

Kuinka paljon yksikössä on erityisruokavalioita?

	ruokavalioiden määrä
vähälaktoosinen/ hyla	<input type="text"/>
maidoton	<input type="text"/>
sappi	<input type="text"/>
kihti	<input type="text"/>
gluteeniton	<input type="text"/>
tehostettu/ runsasenerginen ruoka	<input type="text"/>
tavallinen ruoka, voi olla rakennemuutettua	<input type="text"/>

Onko yksikössänne jokin muu erityisruokavalio kuin edellä mainitut?

Onko täydennysravintovalmisteita käytössä?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

Mitä täydennysravintovalmisteita on mahdollisesti käytössä?

Jos täydennysravintovalmisteita on käytössä, onko ne lääkärin määräämiä?

- ☐ on aina lääkärin määräämiä
- ☐ on osittain lääkärin määräämiä
- ☐ eivät ole lääkärin määräämiä

Ruoan rakenne

Missä muodossa rakennemuutettua ruokaa on tarjolla?

- ☐ pehmeänä
- ☐ soseena
- ☐ sileänä soseena
- ☐ nestemäisenä

Ravitsemustilan arviointi

Miten yksikössänne seurataan/arvioidaan asukkaiden ravitsemustilaa?

- ☐ seurataan syödyn ruoan määrää
- ☐ seurataan syödyn ruoan määrää ja kirjataan siitä
- ☐ asukas punnitaan
- ☐ käytössä MNA-testi (mini nutritional assessment-testi)
- ☐ lasketaan asukkaan BMI (painoindeksi)
- ☐ käytetään ruokapäiväkirjaa

☐ laboratoriotesteillä

Onko käytössä jokin muu tapa asukkaan ravitsemustilan seurantaan kuin edellä mainitut?

Kuinka usein asukas punnitaan?

☐ 1x viikossa

☐ 1x kuukaudessa

☐ 2x vuodessa

☐ 1x vuodessa

☐ ei punnita säännöllisesti

☐ punnitaan, jos erityistarvetta painon seurantaan

Lääkehoito

Onko lääkkeen jako asukkaille pääsääntöisesti ruokailujen yhteydessä?

☐ kyllä

☐ ei

Onko kaikilla asukkailla käytössä

kyllä ei

D-vitamiini ☐ ☐

Kalsium ☐ ☐

jokin muu vitamiinilisä ☐ ☐

Ravitsemushoidon suunnittelu ja toteuttaminen

Pitkäaikaishoidon asukkaista jokainen tarvitsee apua ravitsemushoidon toteuttamiseen, mutta mikä on avun tarve ruokailuissa?

montako asukasta

syö omatoimisesti

tarvitsee ohjausta

syötetään

asukkaita yhteensä

Onko yksikössänne mahdollista toteuttaa iv-nestehoitoa?

☐ Kyllä

☐ Ei

Onko yksikössänne hyödynnetty ravitsemushoidon suunnittelussa ja toteutuksessa erityisosaamista?

☐ ravitsemusterapeuttia

☐ keittiön henkilökuntaa/ dieettikeittäjää

☐ diabeteshoitajaa

☐ lääkäriä

☐ muuta asiantuntijaa

☐ ei ole ollut tarvetta

Onko yksikössänne asukasta, joka tarvitsee ravitsemushoidon toteuttamiseen letkuruokintaa?

☐ Kyllä

☐ Ei

Ravitsemushoidon kehittäminen

Onko yksikössänne kehitettäviä/ kehitystä vaativia asioita ravitsemushoidon toteuttamisessa?

☐ kyllä

☐ ei

Mitkä asiat erityisesti vaativat kehittämistä?

Onko mahdollisesti jo toteutettu/ suunniteltu muutoksia?

Onko työnantaja järjestänyt koulutusta ravitsemushoitoon liittyen?

☐ Kyllä

☐ Ei

Jos ei ole ollut mahdollisuutta koulutukseen, kokeeko henkilökunta koulutuksen tarvetta?

☐ Kyllä

☐ Ei

Kiitos tutkimukseen osallistumisesta!

Otan mielelläni vastaan palautetta kyselylomakkeesta tai muuhun tutkimukseen liittyvästä asiasta.

Teille kaikille hyvää syksyn jatkoa ja pitääkää myös itsestänne huolta!

Terv. Marjo Nissilä



PORIN KAUPUNKI
Perusturva / Vanhuspalvelut

Vanhuspalveluiden johtaja

Tutkimuslupa

Päätöspöytäkirja
§ 42/2011

Päätöspvm
23.8.2011

ASIA: TUTKIMUSLUPA

ESITYS: Satakunnan Ammattikorkeakoulun opiskelija Marjo Nissilä on pyytänyt tutkimuslupaa koskien opinnäytetyötään, aiheena vanhusten hyvä ravitsemus pitkäaikaishoidossa. Tutkimukseen osallistuisivat Porin perusturvan alaiset vanhainkodit sekä tehostetun palveluasumisen yksiköt.

Aikataulu: Opinnäytetyön tulokset sekä ravitsemusoppaat/suositukset ovat valmiina luettavissa sähköisessä muodossa kevään 2012 aikana.

Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin.

PÄÄTÖS: Myönnetään tutkimuslupa.

ALLEKIRJOITUS:

Pirjo Rehula
Vanhuspalveluiden johtaja

TIEDOKSI: